

**مقدمه**

درخودماندگی<sup>۱</sup> برجسته‌ترین نمونه‌ی اختلال رشدی از اختلالات طیف اختلالات نافذ رشد<sup>۲</sup> (PDD) است که کودکان درخودمانده و خانواده‌های‌شان را در شرایط ویژه‌ای قرار می‌دهد. مادران کودکان درخودمانده زندگی را به صورت چالشی بی‌انتهای و همیشگی تجربه می‌نمایند (۱).

شیوع اختلال درخودماندگی به دلایل مختلفی در حال افزایشی چشمگیر است، در اوایل دهه‌ی اخیر برآورد می‌شد که شیوع اختلال درخودماندگی، ۱ در ۳۳۵ نفر باشد (۲)، لیکن بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۳</sup>، این میزان در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است و به ویژه با در نظر گرفتن طیف اختلال درخودماندگی به ۱ در ۱۵۰ نفر افزایش یافته (۳) و توجه متخصصان شاخه‌های مختلف علوم و برنامه ریزان بهداشت جهانی را به خود جلب نموده تا حدی که سازمان بهداشت جهانی با اختصاص روز جهانی اطلاع‌رسانی پیرامون این اختلال، اهمیتی فراگیر برای شناسایی زودهنگام و طراحی و اجرای مداخلات زودآغاز در این زمینه را خواستار گردیده است (۴).

فقدان ارتباط چشمی دوجانبه، محدودیت لبخند اجتماعی، علاقه و گرایش ناچیز به چهره‌ی انسان‌ها، ناخوشایندی نسبت به برقراری تماس جسمی، نقص در ارتباط کلامی، محدودیت در دیدگاه‌گیری و درک دیدگاه دیگران، ناکامی در به اشتراک گذاشتن لذت، نقص و محدودیت در بازی مشارکتی، از جمله‌ی این محدودیت‌ها و نقایص‌اند (۵). رشد و تحول مهارت‌های بازی نیز در کودکان درخودمانده با نقایص و آسیب‌هایی همراه است که کاستی و کمبود در کاوشگری در اشیاء، کاستی در تنوع بازی با اشیاء، کمبود بازی‌های ابتکاری و بدیع و نقص و تاخیر در بازی‌های نمادین از جمله آسیب‌ها و کاستی‌های عمده‌ی این کودکان است (۶).

برنامه‌ها و مداخلات مختلفی برای کودکان درخودمانده پیشنهاد و اجرا می‌شوند که از نظر وسعت اهداف، تنوع

حوزه‌های مداخله، نرخ مداخله در هفته و طول مدت مداخله به دو نوع برنامه‌های جامع و مداخلات خاص<sup>۴</sup> تقسیم‌بندی نمود (۷). برخی از مداخلات، برنامه‌های جامعی را پیشنهاد نموده‌اند که حوزه‌های مختلف رشد مانند حسی-حرکتی، گفتاری، ارتباطی، رفتاری و هیجانی را تحت پوشش قرار می‌دهد. لیکن اغلب چنین برنامه‌هایی مستلزم مداخلات نظام‌دار و رسمی هستند که معمولاً در بستر برنامه‌های آموزشی و در مدارس و درمانگاه‌های آموزشی درمانی، ارایه می‌شوند (۸).

شایان ذکر است که در این مداخلات از ابزار و وسایل مختلفی استفاده شده است و هر کدام به نوعی می‌کوشند زمینه‌ی ایجاد انگیزه، تغییر رفتار و تسهیل ارتباط و تعامل بین فردی را فراهم آورند که وسایلی نظیر اسباب‌بازی‌های رایج، کتاب و تصاویر، رایانه، تجهیزات سمعی-بصری (۹)، وسایل موسیقیایی (۱۰) و استفاده از روبات‌های مناسب‌سازی شده برای بازی یا ارتباط با کودکان درخودمانده (۱۱) و ابزارهای کاردرمانگری از جمله ابزارها و وسایل به کار گرفته شده در این مداخلات آموزشی و توان‌بخشی هستند.

هم‌چنین مرور مداخلات توان‌بخشی و درمانی کودکان درخودمانده نظیر فعالیت‌های داوینس<sup>۵</sup> (۱۲)، ماتسون<sup>۶</sup> (۸)، لویسلی<sup>۷</sup> (۱۳) و لو، پیترسن، لاکروکسی و روسیو<sup>۸</sup> (۱۴) نشان می‌دهد بازی‌درمانی به عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان درخودمانده همواره سهمی از مداخلات آموزش، روان‌شناختی و توان‌بخشی این کودکان را به خود اختصاص داده است و به این لحاظ مبادرت به پژوهش و توسعه‌ی در این زمینه نوعی سرمایه‌گذاری علمی است که بازده علمی چندجانبه‌ای را برای کودکان، خانواده‌ها و متخصصان به همراه خواهد داشت (۸، ۱۴-۱۲).

اگر چه در کودکان عادی فرآیند درک و رشد مهارت‌های ارتباط غیر کلامی در خردسالی شکل می‌گیرد، اما در کودکان درخودمانده، رشد و شکل‌گیری مهارت‌های ارتباطی با کاستی

<sup>۴</sup>Comprehensive Programs and Specific Intervention

<sup>۵</sup>Davis

<sup>۶</sup>Matson

<sup>۷</sup>Luiselli

<sup>۸</sup>Lu, Petersen, Lacroix and Rousseau

<sup>۱</sup>Autism

<sup>۲</sup>Pervasive Developmental Disorders

<sup>۳</sup>Center of Disease Control and Prevention

و محدودیت‌های بسیار همراه است و لذا نیازمند مداخله‌ی درمانی و آموزشی است (۱۶، ۱۵). در این میان آغازگری و پاسخ به توجه مشترک یکی از نقایص اصلی مهارت‌های ارتباطی غیرکلامی کودکان درخودمانده (۱۷) و یکی از ملاک‌های تشخیص این کودکان محسوب می‌گردد و به ویژه یکی از اهداف و اولویت‌های مداخلات درمانی آن‌ها می‌باشد (۶). با این حال پیشرفت و اثربخشی در این مداخلات، آهسته‌تر صورت می‌پذیرد و مداخلاتی اثربخش‌تر هستند که جزئی‌تر باشند (۱۸).

بازی‌درمانگران در کار با کودکان درخودمانده مداخلات متنوع و خلاقانه را مدنظر قرار داده‌اند از جمله آنکه لو و همکارانش با اجرای یک پروژه‌ی اقدام‌پژوهی به بررسی کاربرد بازی با ماسه به عنوان واسطه‌ای برای برانگیختن کودکان درخودمانده و هدایت آن‌ها به بازی‌های وانمودی پرداختند و نتایج نشان داد که کودکان درخودمانده پس از ۱۰ هفته از شروع این برنامه، افزایش قابل ملاحظه‌ای در زمینه‌های بیان کلامی، برقراری و تداوم تعامل اجتماعی و افزایش در بازی‌های وانمودی و خودانگیخته نشان دادند (۱۴).

در یک مطالعه‌ی موردی و در طی ۱۶ جلسه بازی‌درمانی در پسری با سن تقویمی شش سال و نیم و با تشخیص درخودماندگی شدید، پیشرفت و بهبودی در زمینه‌های بازی وانمودی، دلبستگی، تعامل اجتماعی و بهبودی در زمینه‌ی مواجهه با تغییرات گزارش گردید که البته تغییر در رفتارهای آیینی کمتر بوده است (۱۹).

در پژوهشی که به منظور تدوین برنامه‌ی بازی‌محور (بازی‌درمانی) برای ۱۲ کودک درخودمانده سنین ۶-۱۲ سال در معادل دوره‌ی دبستان طی ۱۲ جلسه‌ی ۳۰ دقیقه‌ای با گزینشی تصادفی و یک طرح تک گروهی با پیش و پس‌آزمون ارائه گردید، تحلیل یافته‌های پرسش‌نامه‌ی والدینی نشان می‌دهد که برنامه‌ی بازی‌درمانی در هر چهار حیطه‌ی ارتباط اجتماعی (کلامی، غیرکلامی، تعامل اجتماعی و رفتارهای چالش‌انگیز) به طور معنی‌داری اثربخش بوده است (۱۲). به کارگیری عروسک‌های دستی برای کودکان درخودمانده را می‌توان در زمره مداخلات هنر

درمانی و به مثابه برنامه درمانی مکمل در حیطه هیجانات کودکان درخودمانده برشمرده (۲۰) و عروسک‌های دستی و عروسک‌های ساده در آموزش همدلی و مهارت‌های درک هیجانی نیز برای کودکان درخودمانده به کار گرفته شده‌اند. در پژوهشی با برگزیدن چهار کودک درخودمانده در سنین ۵ تا ۸ سالگی با به کارگیری عروسک‌های دستی دارای چهره‌هایی با حالات هیجانی مختلف، بازی‌هایی را در قالب چهار تا پنج جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه شکل دادند. پس از ۳۰ جلسه مداخله، برای تمام کودکان درخودمانده، افزایش نظام‌مندی در پاسخ‌های همدلانه نسبت به محرک‌ها و سرخ‌های ارایه شده در جلسات مداخله مشاهده گردید (۲۱). بازی‌درمانی عروسکی برای کودکان و نوجوانان طیف درخودمانده، برقراری ارتباط با این کودکان و نوجوانان را تسهیل نموده و موجب افزایش هیجانات مثبت این کودکان و نوجوانان می‌شود. پژوهشگران با رویکردی که آن را رابطه‌ی درمانی با کمک عروسک دستی نامیدند، با کودکان و نوجوانان درخودمانده و مبتلا به آسیب‌گر به بازی‌های عروسکی پرداختند. آن‌ها می‌بایست به عروسک‌ها کمک می‌کردند تا در موقعیت‌های زندگی روزمره برخورد مناسبی نموده و احساسات خود را بروز دهند. گزارش والدین حکایت می‌کند که شرکت‌کنندگان در عروسک‌درمانی از شادی و هیجانات مثبت بیشتری برخوردار گردیده‌اند (۲۲).

مرور نظریات و پژوهش‌ها در حیطه‌ی درخودماندگی نشان می‌دهد، مشکلات ارتباطی و نقص در برقراری ارتباط از زیربنایی‌ترین و اصلی‌ترین خصیصه‌های اختلال است و توجه به آن در طراحی مداخلات درمانی از اولویت عمده‌ای برخوردار است، از طرفی نقص در مهارت‌های بازی کردن به ویژه کاستی در بازی نمادین و بازی‌های ابداع‌گرانه نیز از جمله خصیصه‌های کودکان درخودمانده است (۶)، لیکن با توجه به ظرفیت بازی در برانگیختن حسی و تحریک حواس کودک، مداخلات بازی‌محور برای کودکان درخودمانده می‌تواند زمینه‌ی تعامل و غنی‌سازی فعالیت‌های ارتباطی را فراهم آورد. بازی به عنوان سکوی صعود کودک درخودمانده است؛ هم‌چنین بررسی پژوهش‌ها و تالیفات در زمینه‌ی مداخلات

## روش کار

از آن جا که پژوهش حاضر در صدد بسط و گسترش یک مداخله‌ی اولیه‌ی پیشنهادی و تکمیل آن و ارزیابی اثربخشی مداخله و برنامه‌ی طراحی شده‌ی بازی‌درمانی عروسی کودکان درخودمانده است، برای دستیابی به این اهداف، پژوهشگر به اجرای یک چرخه‌ی اقدام‌پژوهی طرح‌محور با مشارکت مادران مبادرت ورزید و مطابق جدول (۱) از یک طرح شبه‌آزمایشی با گروه آزمون و گروه شاهد کودکان درخودمانده با پیش و پس‌آزمون استفاده شد و اثربخشی الگوی نهایی نیز برآورد گردید.

جدول ۱- فرآیند اقدام‌پژوهی طرح‌محور

فرآیند نوع گروه	قبل از اقدام پژوهی	حین اقدام پژوهی	پس از اقدام پژوهی
آزمون	پیش‌آزمون	برنامه‌ی مداخله‌ی مبتنی بر اقدام‌پژوهی	پس‌آزمون
	مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه	مشارکتی	مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه
شاهد	پیش‌آزمون	-----	پس‌آزمون
	مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه		مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه
مشارکت‌کنندگان		پژوهشگر (درمانگر) و کمک‌درمانگران، والدین کودکان درخودمانده	کودکان درخودمانده

استفاده از چنین طرحی برای پژوهشگر این امکان را فراهم آورد که ضمن گزینش تصادفی دوگروه و استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای اجرای مداخله با بهره‌گیری از اقدام‌پژوهی بر اساس مسایل واقعی که شرکت‌کنندگان با آن مواجه‌اند، ضمن اجرای مداخله به صورت گام به گام به حکم و اصلاح فعالیت مداخله‌ای و تکمیل آن بپردازد (۲۸، ۲۹).

در زمان آغاز اجرای پژوهش تعداد کودکان درخودمانده‌ی تحت پوشش خدمات رسمی (کلینیک و مدرسه‌ی اوتیسم مشهد) در مجموع ۵۳ نفر بود که ۱۲ نفر از آن‌ها را کودکان ۳ تا ۶ ساله تشکیل می‌دادند. از آن جا که یکی از کودکان از شهرستان و به صورت موقت و گاهگاهی مراجعه می‌نمود لذا پژوهشگر با در نظر گرفتن حجم ۵ نفر از شیوه‌ی نمونه‌گیری

کودکان درخودمانده نشان می‌دهد، بازی همواره یکی از ابزارها یا روش‌های مورد استفاده در بخشی از فرآیند مداخله بوده است (۸، ۱۳) و لذا طراحی و اجرای مداخلاتی که آمیزه‌ای از فعالیت‌های بازی‌محور با جهت‌گیری ارتباطی باشد، از دیدگاه نظری هم یک اولویت تخصصی محسوب می‌شود و هم دارای مفروضه‌ها و احتمال اثربخشی نظری می‌باشد.

مرور مداخلات و برنامه‌های آموزشی و درمانی برای کودکان درخودمانده، نشان می‌دهد با توجه به چندبعدی بودن و پیچیدگی اختلال درخودماندگی، اغلب برنامه‌های طراحی و اجرا شده در مقیاس برنامه‌های جامع محسوب شده و مستلزم ارزیابی جلسات فشرده و پرحجم با بهره‌گیری از رویکردهای رفتاری می‌باشند و در این زمینه به برنامه‌های جزئی و اختصاصی‌تری نظیر بازی‌درمانی عروسی، کمتر توجه گردیده است (۱۳، ۱۱۸).

گزارش‌های پژوهشی و نظریه‌های ارائه شده نشان می‌دهد، عروسک‌های دستی اغلب برای فعالیت‌های مشاوره‌ای کودکان بهنجار دارای مشکلات هیجانی رفتاری به ویژه برای کودکان آسیب‌دیده از سوءاستفاده‌های جنسی و یا برای آماده‌سازی کودکان در کنار آمدن با هیجانات منفی پیش از عمل جراحی استفاده شده است (۲۵-۲۳) و هدف عمده‌ی آن‌ها تسهیل برقراری ارتباط، تخلیه‌ی هیجانی و شناسایی احساسات و بیان آن‌ها حین مصاحبه بوده است (۲۶).

هر چند مبانی نظری و فرضیات اولیه و تجارب دست‌اندرکاران توان‌بخشی و درمان کودکان درخودمانده از همخوانی و سودمندی احتمالی به کارگیری عروسک‌های دستی در بازی‌درمانی کودکان درخودمانده حکایت می‌نماید (۲۷)، لیکن به کارگیری مستقیم و مستقل عروسک‌های دستی گزارش نگردیده است و فعالیت‌های مزبور از عروسک به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد هیجانات مثبت (۲۲)، در آموزش همدلی و مهارت‌های درک هیجانی و نظایر آن استفاده نموده‌اند (۲۱)؛ لذا این مطالعه درصدد است اثربخشی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به اختلال درخودماندگی را به شیوه‌ی اقدام‌پژوهی طرح‌محور مورد بررسی قرار دهد.

کودکان یکسان باشد لیکن به دلیل مشکلاتی نظیر بیماری کودک یا مشکلات خانوادگی، تعداد جلسات حضور کودکان در جلسات از ۱۶ تا ۲۹ جلسه متغیر بود. در مجموع برای ۵ شرکت کننده، به طور میانگین ۲۲ جلسه مداخله ارائه گردید، به طوری که یک نفر از کودکان ۱۶ جلسه، یک نفر ۱۹ جلسه، دو نفر ۲۳ جلسه و یک نفر ۲۹ جلسه‌ی بازی‌درمانی عروسی را تجربه کرده‌اند.

پژوهشگر به لحاظ رعایت اخلاق حرفه‌ای، کودکان گروه شاهد و خانواده‌های ایشان را از پی‌گیری فعالیت‌های جاری درمانی آموزشی محروم نساخت و هر دو گروه آزمون و شاهد از برنامه‌های جاری توانبخشی و آموزشی سود می‌بردند. فقط با این تفاوت که در زمانی که گروه آزمون در برنامه‌ی بازی درمانی عروسی شرکت می‌کرد، گروه شاهد همزمان با آن در فعالیت‌ها و برنامه‌های جاری کلینیک شرکت نموده و یا این که توسط والدین و مراقبان مشغول و سرگرم می‌شدند و این امر را می‌توان همزمان با اجرای مداخله‌ی اصلی (بازی‌درمانی عروسی) نوعی برنامه‌ی جبرانی (به عنوان برنامه‌ی شبه‌مداخله برای گروه شاهد) محسوب نمود و از این بابت گروه شاهد را می‌توان به نوبه‌ی خود نوعی گروه شبه‌مداخله یا گروه پلاسبو در نظر گرفت. متأسفانه به علت محدودیت زمانی و ایجاد فاصله به دلیل تعطیلات و پراکندگی کودکان گروه شاهد پس از اتمام مرحله‌ی مداخله، امکان اجرای برنامه برای گروه شاهد فراهم نگردید.

پس از ارائه‌ی جلسات بازی‌درمانی عروسی و اتمام بازه‌ی زمانی مداخله، پس‌آزمون برای دو گروه آزمون و شاهد اجرا گردید. هم‌چنین در طی جلسات و به ویژه در پایان برنامه‌ی مداخله برای آگاهی از نظرات و دریافت‌های مادران نسبت به اثربخشی درمان از آن‌ها راجع به فعالیت‌های منزل و رفتارهای کودک و تجارب مادران در بازی و ارتباط با کودک، گزارش‌هایی در قالب طرح سئوالات باز و مصاحبه‌ها یا گفت و شنودهای کوتاه در پایان اغلب جلسات اجرا می‌گردید و به ویژه در پایان طرح در قالب مصاحبه، پی‌گیری اطلاعات کیفی مربوط به اثربخشی صورت پذیرفت و در نهایت پژوهشگر با واکاوی فرآیند و تجارب کسب شده و در تعامل با همکاران و

تصادفی ساده استفاده نمود و به این ترتیب ده نفر کودکان درخودمانده‌ی پیش‌دبستانی درمانگاه به صورت تصادفی به دو گروه پنج نفری برای گروه آزمون و گروه شاهد توزیع گردیدند.

جهت رعایت حقوق آزمودنی‌ها، رضایت والدین قبل از اجرای پیش‌آزمون‌ها اخذ گردید و والدین در مصاحبه‌ی حضوری و انفرادی نسبت به جریان عمومی پژوهش و در مورد امکان خروج از طرح توجیه گردیدند.

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، مداخله در یک اتاق ۶×۴ متری در طبقه‌ی دوم یک درمانگاه دولتی (کلینیک تبسم شهر مشهد) ارائه گردید. اتاق مزبور با موکت کف‌پوش شده و به دو عدد کمد برای وسایل، یک میز و صندلی کودک و سه صندلی برای همراهان مجهز گردید. مداخلات هر روز از ساعت ۸ الی ۱۲ بر اساس برنامه‌ی پیشنهاد شده و برگرفته از تجارب و تبادل نظر در مورد جلسات گذشته و بر اساس امکان حضور والدین، تنظیم و از نیمه‌ی دوم آبان تا هفته‌ی پایانی اسفند ۱۳۸۸ ارائه گردید. یک دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی و یک دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی به عنوان کمک‌درمانگر در اجرای مداخلات همکاری نمودند.

قسمت‌های مختلفی از مداخلات به صورت تصادفی و گاهگاهی توسط یکی از کمک‌درمانگران، فیلم‌برداری و ضبط می‌گردید و به عنوان یکی از منابع ارائه‌ی بازخورد برای اصلاح فعالیت‌های بازی‌درمانی حین فرآیند اقدام پژوهی مورد بررسی و بازبینی قرار می‌گرفت و کمک‌درمانگران نیز در هر جلسه، مشاهدات و ایده‌های خود و ارزیابی کلی کودک و برداشت‌هایی از مشاهده‌ی کودک را نیز در کاربرگ‌ها و دفترچه‌هایی درج می‌نمودند و نکات مهم آن در روزهای بعد به اجرا درمی‌آمد. در بین جلسات در اکثر مواقع مادران به عنوان مشاهده‌کننده به اتاق دعوت می‌شدند مگر آن که در برخی اوقات به دلیل وضعیت خاصی نظیر وابستگی شدید یا رفتارهای کلیشه‌ای که توسط مادر تقویت می‌شد، حضور آن‌ها در اتاق بازی‌درمانی امکان‌پذیر نبود. با وجود آن که پژوهشگر سعی نمود تعداد جلسات بازی‌درمانی عروسی برای تمامی

و همکارانش پایایی آزمون ارتباط اجتماعی اولیه را در خرده‌آزمون‌ها از  $r=0/88$  تا  $r=0/98$  ذکر نموده‌اند (۳۲). دیگر پژوهشگران پایایی خرده‌آزمون‌ها را برای توجه مشترک آغازگرانه  $r=0/80$  و برای پاسخ دادن به توجه مشترک  $r=0/76$  برآورد کرده‌اند (۳۳).

نمره‌گذاری مبتنی بر مشاهده‌ی فیلم است و بر اساس وضعیت بروز رفتار نمره‌های صفر و ۱ منظور می‌گردد. از آن جا که آزمون مبتنی بر مشاهده و ثبت فراوانی رفتار هدف است، از نوع آزمون‌های هنجاری نیست و تا کنون در پژوهش‌های ایرانی نیز گزارش اجرای آن مشاهده نشده است.

### نتایج

وضعیت جمعیت‌شناختی کودکان درخودمانده به عنوان بخشی از نتایج نشان می‌دهد کودکان مزبور در دامنه‌ی سنی دو سال و پنج ماه تا هفت سال و چهار ماه بودند (با میانگین ۶۶ ماه و انحراف استاندارد ۸۴/۱)، تشخیص‌گذاری اولیه‌ی کودکان به شیوه‌ی معاینه‌ی بالینی و بر اساس تابلوی بالینی علایم اختلال درخودماندگی صورت پذیرفته بود. ۹ مورد از کودکان با مراجعه‌ی مستقیم والدین به پزشک فوق‌تخصص از وجود اختلال آگاه شده و ۱ مورد توسط آسیب‌شناس گفتار و زبان تشخیص اولیه گذاشته شده و به فوق‌تخصص ارجاع داده شده بود. وضعیت تکلم به عنوان توصیف‌کننده‌ی دیگر کودکان درخودمانده نشان داد که ۸ نفر از کودکان فاقد تکلم و ۲ نفر فقط در حد ادای کلمه (در حد کمتر از ده کلمه‌ی معنی‌دار) بودند. از نظر رتبه‌ی تولد ۷ نفر از کودکان درخودمانده فرزندان اول و تنها فرزند مادران بوده و ۲ نفر آن‌ها فرزندان دوم خانواده و فقط ۱ نفر از کودکان، فرزند سوم مادران نمونه حاضر بودند. لازم به ذکر است که تمام کودکان، پسر بودند.

بررسی اثربخشی مداخله، مستلزم چهار نوع کلی مقایسه است که عبارتند از: الف- مقایسه‌ی بین گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر وضعیت کلی مهارت‌های ارتباطی (وضعیت هر گروه نسبت به گروه دیگر) ب- مقایسه‌ی درون گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر وضعیت کلی مهارت‌های ارتباطی (وضعیت هر گروه نسبت به خودش) ج- مقایسه‌ی

مادران از طریق سازمان‌دهی یافته‌ها، برنامه‌ی پیشنهادی بازی‌درمانی عروسکی را تدوین نمود. در پژوهش حاضر مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه<sup>۱</sup> (ESCS) به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کارگرفته شده است که یک ابزار ارزیابی مهارت‌های ارتباط غیرکلامی است و از طریق مشاهده‌ی ساختارمند نوار دیداری انجام تکالیف چندگانه انجام می‌پذیرد و اجرای آن ۱۵ تا ۲۵ دقیقه زمان می‌برد. نسخه‌ی مورد استفاده در این پژوهش از ماندی<sup>۲</sup> اقتباس گردیده است (۳۰).

این آزمون مجموعه‌ای از ۲۵ موقعیت نیمه‌ساختاریافته (یا محرک فراخوان) را تدارک دیده است (۳۰) و در نتیجه‌ی مشاهده‌ی فیلم ضبط شده از اجرای مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه می‌توان رفتار کودک را در سه مقوله از رفتارهای ارتباط اجتماعی اولیه، طبقه‌بندی نمود که شامل رفتارهای مربوط به توجه مشترک، رفتارهای درخواست‌گرانه و رفتارهای مربوط به تعامل اجتماعی می‌باشد. بر اساس دستورالعمل اجرایی، آزمون برای کودکان طبیعی سنین ۸ تا ۳۰ ماه و یا برای کودکان غیرطبیعی دارای تاخیر رشدی است و با توجه به وضعیت کلامی کودکان نمونه‌ی حاضر در راستای مفاد دستورالعمل مزبور اجرای این مقیاس برای آن‌ها می‌باشد.

روایی و پایایی مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه درچهار مقاله مربوط به فرآیند تدوین دستورالعمل اجرایی آزمون توسط ماندی و همکارانش ارایه گردیده است. براساس روایی محتوا و تناسب آن با مبانی نظری ارتباط اجتماعی اولیه و همخوانی نمرات آن با تغییرات سنی و شرایط تحولی در حد بسیار مطلوبی گزارش شده است (۳۱). پایایی آزمون ارتباط اجتماعی اولیه بر اساس انتخاب تصادفی بخشی از فیلم‌های ضبط شده برای حیطه‌ی توجه مشترک  $r=0/94$  و برای حیطه‌ی تعامل اجتماعی  $r=0/75$  گزارش گردیده است (۳۱). در گزارش دیگری ضریب توافق محاسبه شده برای توجه مشترک  $r=0/90$ ، برای درخواست‌های رفتاری  $r=0/86$  و برای تعامل اجتماعی  $r=0/87$  برآورده شده است. هم‌چنین لاینک<sup>۳</sup> و

<sup>1</sup>Early Social-Communication Scales

<sup>2</sup>Mundy

<sup>3</sup>Laing

مقایسه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌های دو گروه از نظر وضعیت کلی مهارت‌های ارتباطی: بررسی و مقایسه‌ی وضعیت آغازین دو گروه از نظر مهارت‌های ارتباطی (متغیر وابسته) و داده‌های حاصل از اجرای مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه (ESCS) و محاسبه‌ی نمره‌ی کل آن برای دو گروه با اجرای آزمون یومن‌ویتی، نشانگر محاسبات آماری داده‌های ذیل است.

پیش‌آزمون‌های دو گروه از نظر حیطه‌های مهارت‌های ارتباطی و خرده‌آزمون‌های ESCS - مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه از نظر حیطه‌های مهارت‌های ارتباطی و خرده‌آزمون‌های ESCS. در ادامه داده‌های حاصل و محاسبات آماری بر حسب نوع گروه‌ها و بر حسب نوع آزمون‌ها در قالب چهار نوع مقایسه‌ی مزبور به همراه مقایسه‌های جزئی‌تر به شرح ذیل ارائه گردیده و مورد بحث قرار می‌گیرد.

**جدول ۳- نتایج مقایسه‌ی نمره‌ی کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه در دو گروه**

مرحله	گروه	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	یومن‌ویتی	Z	P
پیش‌آزمون	شاهد	۴/۲۰	۲۱/۰۰	۶/۰۰۰	-۱/۳۵۸	۰/۱۷۵
	آزمون	۶/۸۰	۳۴/۰۰			
پس‌آزمون	شاهد	۳/۰۰	۱۵/۰۰	۰/۰۰۰	-۲/۶۱۹	۰/۰۰۹
	آزمون	۸/۰۰	۴۰/۰۰			

معنی‌داری بین وضعیت میانگین رتبه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه شاهد مشاهده نمی‌گردد. هم‌چنین با توجه به  $Z = -۲/۰۳۲$  و  $P = ۰/۰۴۲$ ، بین وضعیت میانگین رتبه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمون، تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.

مقایسه‌ی پیش‌آزمون‌های دو گروه از نظر حیطه‌های مهارت‌های ارتباطی و خرده‌آزمون‌های ESCS: لازم به یادآوری است که مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه دربرگیرنده‌ی چندین حیطه مهارت‌های ارتباطی از جمله توجه مشترک آغازگرانه، درخواست‌های رفتاری آغازگرانه، واکنش به درخواست رفتاری، رفتاراجتماعی آغازگرانه و واکنش یا پاسخ دادن به یک تعامل اجتماعی است و هر کدام از این حیطه‌های مهارت ارتباطی خود شامل چندین خرده‌آزمون می‌باشند که در جدول (۵) ارائه می‌گردند.

بر اساس جدول (۵) و با توجه به مقادیرمطلق Z و سطوح معنی‌داری متناظر با خرده‌آزمون‌ها پیش از ارائه‌ی برنامه‌ی مداخله، بین مهارت ارتباطی دو گروه شاهد و آزمون در هیچ کدام از حیطه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. بنا بر این نظر به وجود تفاوت معنی‌دار در وضعیت کلی مهارت‌های ارتباطی دو گروه، در ادامه به پی‌گیری وجود یا عدم وجود

بررسی جدول (۳) در مورد پیش‌آزمون نشان می‌دهد با توجه به آن که مقدار Z آزمون برابر  $-۱/۳۵۸$  و  $P = ۰/۱۷۵$  است، می‌توان نتیجه گرفت بین مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده در گروه شاهد و آزمون قبل از اجرای برنامه‌ی مداخله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هم‌چنین داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که در مورد پس‌آزمون‌ها از آن جا که مقدار Z آزمون برابر  $-۲/۶۱۹$  و  $P = ۰/۰۰۹$  است، می‌توان نتیجه گرفت بین مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده در گروه شاهد و آزمون پس از اجرای برنامه‌ی مداخله تفاوت معنی‌داری به وجود آمده است.

مقایسه‌ی پیش‌آزمون گروه شاهد و آزمون از نظر وضعیت کلی مهارت‌های ارتباطی:

احراز عدم تفاوت بین وضعیت کلی مهارت‌های ارتباطی گروه شاهد مستلزم به کارگیری آزمون مناسب برای دو نمونه‌ی وابسته با حجم کوچک ( $n=۵$ ) است، بنا بر این برای مقایسه‌ی پیش و پس‌آزمون گروه شاهد با استفاده از آزمون رتبه‌های علامت‌دار ویلکاکسون عملیات آماری زیر انجام شده و یافته‌های جدول (۴) فراهم آمده‌اند. جدول (۴) نشان می‌دهد در مقایسه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه شاهد با توجه به آن که  $Z = -۰/۴۱۲$  و  $P = ۰/۶۸۰$  به دست آمده است، تفاوت

تفاوت معنی‌دار بین دو گروه شاهد و آزمون پس از ارایه‌ی مداخله در این خرده‌آزمون‌ها می‌پردازیم. اطلاعات پس‌آزمون‌های دو گروه از نظر خرده‌آزمون‌های ESCS در جدول (۶) آمده است. همان‌گونه که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، با توجه به قدر مطلق مقدار  $Z$ ، سطح معنی‌داری متناظر در خرده‌آزمون‌های امتناع با ارتباط چشمی ( $P=0/018$ )، ارتباط چشمی ( $P=0/012$ )، درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی سطح پایین ( $P=0/012$ ) و در مورد

درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی کلی ( $P=0/011$ )، بروز عمل اجتماعی از طرف آزمودنی ( $P=0/015$ )، انجام درخواست ( $P=0/005$ )، در بین دو گروه شاهد و آزمون از نظر این خرده‌آزمون‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود، لیکن از نظر دیگر خرده‌آزمون‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردیده است و لذا می‌توان گفت ارایه‌ی بازی درمانی عروسکی توانسته است در خرده‌آزمون‌های مزبور به‌گونه‌ی قابل ملاحظه‌ای موثر واقع شود.

**جدول ۴- نتایج مقایسه‌ی نمره‌ی کل پیش و پس‌آزمون مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه هر گروه نسبت به خودش**

گروه	وضعیت میانگین رتبه	تعداد میانگین	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	Z	P
گروه شاهد	افزایش (رتبه‌ی مثبت)*	۳	۳/۰۰	۹/۰۰	-۰/۴۱۲	۰/۶۸۰
	کاهش (رتبه‌ی منفی)**	۲	۳/۰۰	۶/۰۰		
گروه آزمون	افزایش (رتبه‌ی مثبت)*	۵	۳/۰۰	۱۵/۰۰	-۲/۰۳۲	۰/۰۴۲
	کاهش (رتبه‌ی منفی)**	۰/۰	۰/۰۰	۰/۰۰		

**جدول ۵- نتایج مقایسه‌ی پیش‌آزمون دو گروه در حیطه و خرده‌آزمون‌های مقیاس ESCS**

P	Z	یومین ویتنی	مجموع رتبه‌ها		میانگین رتبه‌ها		خرده‌آزمون	حیطه
			گروه شاهد	گروه آزمون	گروه شاهد	گروه آزمون		
۰/۰۹۰	-۱/۶۹۷	۴/۵۰۰	۱۹/۵۰	۳۵/۵۰	۳/۹۰	۷/۱۰	ارتباط چشمی مشترک آغازگرانه	توجه مشترک آغازگرانه
۰/۸۳۳	-۰/۲۱۱	۱۱/۵۰۰	۲۸/۵۰	۲۶/۵۰	۵/۷۰	۵/۳۰	تبادل نگاه مشترک آغازگرانه	توجه مشترک آغازگرانه
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	اشاره کردن مشترک آغازگرانه	اشاره کردن
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	نشان دادن مشترک آغازگرانه	نشان دادن
۰/۱۳۴	-۱/۵۰۰	۷/۵۰۰	۲۲/۵۰	۳۲/۵۰	۴/۵۰	۶/۵۰	امتناع بدون ارتباط چشمی	رفتار اجتماعی آغازگرانه
۰/۰۵۴	-۱/۹۲۸	۵/۰۰۰	۲۰/۰۰	۳۵/۰۰	۴/۰۰	۷/۰۰	امتناع با ارتباط چشمی	رفتار اجتماعی آغازگرانه
۰/۲۸۹	-۱/۰۶۱	۷/۵۰۰	۲۲/۵۰	۳۲/۵۰	۴/۵۰	۶/۵۰	ارتباط چشمی	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۰/۴۳۴	-۰/۷۸۳	۹/۰۰۰	۳۱/۰۰	۲۴/۰۰	۶/۲۰	۴/۸۰	دستیابی	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۰/۳۱۷	-۱/۰۰۰	۱۰/۰۰۰	۳۰/۰۰	۲۵/۰۰	۶/۰۰	۵/۰۰	درخواست	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۰/۳۳۱	-۰/۹۷۳	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰	۳۲/۰۰	۴/۶۰	۶/۴۰	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی سطح پایین	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	اشاره کردن	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۰/۰۹۲	-۱/۶۸۳	۵/۰۰۰	۲۰/۰۰	۳۵/۰۰	۴/۰۰	۷/۰۰	دادن	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۰/۰۹۵	-۱/۶۷۱	۵/۰۰۰	۲۰/۰۰	۳۵/۰۰	۴/۰۰	۷/۰۰	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی کلی	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	انجام یک عمل اجتماعی	واکنش به تعامل اجتماعی
۰/۵۱۳	-۰/۶۵۵	۱۰/۰۰۰	۲۵/۰۰	۳۰/۰۰	۵/۰۰	۶/۰۰	انجام درخواست	واکنش به تعامل اجتماعی
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	عدم انجام درخواست	درخواست رفتاری
۰/۴۳۵	-۰/۷۸۰	۹/۰۰۰	۳۱/۰۰	۲۴/۰۰	۶/۲۰	۴/۸۰	عدم انجام درخواست با حالات چهره	درخواست رفتاری

جدول ۶- مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه از نظر خرده‌آزمون‌های مقیاس ESCS

P	Z	یومن وبتنی	مجموع رتبه‌ها		میانگین رتبه‌ها		خرده‌آزمون	حیطه
			گروه شاهد	گروه آزمون	گروه شاهد	گروه آزمون		
۰/۹۱۶	-۰/۱۰۵	۱۲/۰۰۰	۲۸/۰۰	۲۷/۰۰	۵/۶۰	۵/۴۰	ارتباط چشمی مشترک آغازگرانه	توجه مشترک آغازگرانه
۰/۴۴۵	-۰/۷۶۴	۹/۰۰۰	۲۴/۰۰	۳۱/۰۰	۴/۸۰	۶/۲۰	تبادل نگاه مشترک آغازگرانه	
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	اشاره کردن مشترک آغازگرانه	
۰/۳۱۷	-۱/۰۰۰	۱۰/۰۰۰	۳۰/۰۰	۲۵/۰۰	۶/۰۰	۵/۰۰	نشان دادن مشترک آغازگرانه	رفتار اجتماعی آغازگرانه
۰/۱۵۵	-۱/۴۲۳	۶/۵۰۰	۲۱/۵۰	۳۳/۵۰	۴/۳۰	۶/۷۰	امتناع بدون ارتباط چشمی	
۰/۰۱۸	-۲/۳۶۲	۲/۵۰۰	۳۷/۵۰	۱۷/۵۰	۷/۵۰	۳/۵۰	امتناع با ارتباط چشمی	
۰/۰۱۲	-۲/۵۲۲	۰/۵۰۰	۱۵/۵۰	۳۹/۵۰	۳/۱۰	۷/۹۰	ارتباط چشمی	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه
۰/۳۳۵	-۰/۹۶۴	۸/۰۰۰	۲۳/۰۰	۳۲/۰۰	۴/۶۰	۶/۴۰	دستیابی	
۰/۲۱۷	-۱/۲۳۴	۷/۰۰۰	۲۲/۰۰	۳۳/۰۰	۴/۴۰	۶/۶۰	درخواست	
۰/۰۱۲	-۲/۵۲۲	۰/۵۰۰	۱۵/۵۰	۳۹/۵۰	۳/۱۰	۷/۹۰	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی سطح پایین	اشاره کردن دادن درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی کلی
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۲/۵۰۰	۲۷/۵۰	۲۷/۵۰	۵/۵۰	۵/۵۰	اشاره کردن	
۰/۰۷۴	-۱/۷۸۹	۴/۵۰۰	۱۹/۵۰	۳۵/۵۰	۳/۱۰	۷/۹۰	دادن	
۰/۰۱۱	-۲/۵۳۰	۰/۵۰۰	۱۵/۵۰	۳۹/۵۰	۳/۱۰	۷/۹۰	درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی کلی	واکنش به تعامل اجتماعی
۰/۰۱۵	-۲/۴۲۵	۲/۰۰۰	۱۷/۰۰	۳۸/۰۰	۳/۴۰	۷/۶۰	انجام یک عمل اجتماعی	
۰/۰۰۵	-۲/۸۲۵	۰/۰۰۰	۱۵/۰۰	۴۰/۰۰	۳/۰۰	۸/۰۰	انجام درخواست	
۰/۱۳۴	-۱/۵۰۰	۷/۵۰۰	۳۲/۵۰	۲۲/۵۰	۶/۵۰	۴/۵۰	عدم انجام درخواست	درخواست رفتاری
۰/۰۵۴	-۱/۹۲۸	۵/۰۰۰	۳۵/۰۰	۲۰/۰۰	۷/۰۰	۴/۰۰	عدم انجام درخواست با حالات چهره	

## بحث و نتیجه‌گیری

جهت احراز اثربخشی کلی پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها دو گروه آزمون و شاهد با یکدیگر مقایسه گردیدند. در مقایسه‌ی پیش‌آزمون دو گروه آزمون و شاهد، هم‌چنان که جدول (۳) نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین میانگین رتبه‌های دو گروه قبل از مداخله وجود ندارد ( $P=۰/۷۵$ ). به عبارتی قبل از اجرای مداخله، دو گروه از نظر مهارت‌های ارتباطی در وضع مشابهی قرار داشته‌اند و این مسئله برای یک مداخله، امری مطلوب است و لازمی احراز اثربخش مداخله به شمار می‌رود.

در نقطه‌ی مقابل، مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه نمایانگر آن است که از نظر میانگین رتبه‌های نمره‌ی نهایی آزمون ارتباط اجتماعی اولیه بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری به وجود آمده است ( $P=۰/۰۰۹$ ) که بروز این تفاوت معنی‌دار نشان‌دهنده‌ی اثربخشی کلی برنامه‌ی بازی‌درمانی

بازی‌درمانی عروسکی از جمله مداخلات بازی‌درمانی پیشنهادی برای کودکان درخودمانده است که طی آن درمانگر یا والد با به‌کارگیری عروسک دستی می‌کوشد در کودک انگیزه ایجاد کند، او را فعال نماید، با او ارتباط برقرار کند و رفتارهای او را هدایت نماید. این پژوهش در صدد آن بود که نوعی از بازی‌درمانی مداخله‌ای جزئی را با هدف تسهیل برقراری رابطه و شکل‌دهی و افزایش مهارت‌های ارتباطی، طراحی، اجرا و ارزیابی نماید تا بتواند به تنهایی یا به طور ترکیبی در برنامه‌ها و مداخلات آموزشی و توان‌بخشی به کار رود. لذا درمانگر و کمک‌درمانگران بر اساس فعالیت‌های مبتنی بر اقدام‌پژوهی مشارکتی طرح‌محور ضمن طراحی و اجرای بازی‌درمانی عروسکی، اثربخشی آن را بررسی نمودند.



آغازگرانه را به عنوان یکی از هسته‌های اصلی تخریب عملکرد ارتباطی برمی‌شمارند. این مسئله از طرفی با عدم اثربخشی مداخلات کوتاه مدت بر بهبود توجه مشترک همخوانی دارد و انتظار تغییر سریع آن را کاهش می‌دهد و از طرفی مستلزم پی‌گیری‌های پژوهشی بیشتری است که آیا افزایش نرخ مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی نسبت به برنامه‌ی حاضر و یا اصلاح مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی می‌تواند مداخله‌ی موثرتری را برای حیطةی توجه مشترک آغازگرانه فراهم آورد یا خیر؟ مسئله‌ی دیگر آن است که در برنامه‌ی مداخله‌ای حاضر بیشترین تمرکز بر برقراری رابطه و فعال‌سازی کودک بوده است و ممکن است این مسئله اثربخشی زود هنگام در حیطةی توجه مشترک آغازگرانه را تحت تاثیر قرار داده باشد لذا احتمال دارد که در این زمینه یافته‌ها و ایده‌ی هانگ و هوگز<sup>۳</sup> در مورد شکستن یک مهارت به مولفه‌های جزئی‌تر و تقسیم آن‌ها به مهارت‌های ساده‌تر به مراتب در افزایش رفتارهای توجه مشترک در پژوهش‌های بعدی در کانون مداخله قرار گیرد (۳۷). مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه در حیطةی رفتار اجتماعی آغازگرانه که در قالب دو خرده‌آزمون امتناع بدون ارتباط چشمی و امتناع با ارتباط چشمی است نشان می‌دهد مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی از نظر امتناع بدون ارتباط چشمی، اثربخش و معنی‌دار نبوده است ( $P=0/155$ ) لیکن از نظر امتناع با ارتباط چشمی معنی‌دار و اثربخش بوده است ( $P=0/18$ ) به این معنی که بازی‌درمانی عروسی موجب گردیده است کودکان درخودمانده‌ی گروه آزمون هنگام امتناع و احتراز از انجام کاری مانند هنگامی که وسیله‌ای را پرت می‌کنند، ارتباط چشمی با درمانگر نیز برقرار نمایند. به عبارتی امتناع کردن از انجام یک فعالیت که به عنوان رفتار تعاملی و اجتماعی آغازگرانه از طرف کودک محسوب می‌شود به واسطه‌ی بازی‌درمانی عروسی بهبود یافته و همراه با برقراری ارتباط چشمی انجام می‌پذیرد.

از آن جا که مقاومت و رفتارهای امتناع‌آمیز در کودکان درخودمانده جزء رفتارهای پر بسامد و رایج می‌باشد، با توجه

عروسی است و نشان می‌دهد آرایه‌ی برنامه‌ی بازی‌درمانی عروسی موجب بهبود و ارتقای مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده‌ی مورد مداخله گردیده است. به عبارتی بازی‌درمانی عروسی در حد قابل ملاحظه‌ای موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده در گروه آزمون گردیده است. پی‌گیری تکمیلی مقایسه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌های هر گروه با خودش نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده ( $P=0/068$ ) لیکن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمون، وجود تفاوت معنی‌دار محرز است ( $P=0/042$ ). به این ترتیب با توجه به عدم تفاوت در پیش‌آزمون گروه آزمون با گروه شاهد، اثربخشی بازی‌درمانی عروسی بر مهارت‌های ارتباطی گروه آزمون تایید می‌شود. پس از احراز اثربخشی کلی، بررسی جزئی‌تر اثربخشی در خرده‌مقیاس‌ها در مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه در حیطةی توجه مشترک آغازگرانه و مرور جدول (۶) نشان می‌دهد در هیچ کدام از خرده‌آزمون‌های ارتباط مشترک آغازگرانه ( $P=0/90$ )، تبادل نگاه ( $P=0/83$ )، اشاره کردن ( $P=1/00$ ) و نشان دادن ( $P=1/00$ )، تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. به عبارتی بازی‌درمانی عروسی و مداخله نتوانسته است خرده‌آزمون‌های حیطةی توجه مشترک آغازگرانه را بهبود بخشیده و افزایش دهد. از آن جا که نرخ زمانی مداخله‌ی حاضر به طور متوسط سه جلسه در هفته و به ازای هر جلسه ۲۵ تا ۳۵ دقیقه مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بود و با توجه به میانگین ۲۲ و انحراف استاندارد ۴/۸۹ جلسات مزبور، یک علت احتمالی آن است که این نرخ مداخله برای اثربخشی معنی‌دار در حیطةی توجه مشترک آغازگرانه‌ی کودکان درخودمانده کافی نباشد و علت دیگر را می‌توان در روش‌های مداخله جستجو نمود.

همان گونه که در پیشینه‌ی پژوهش ذکر گردید پژوهشگران و صاحب‌نظرانی مانند موکادس<sup>۱</sup> و همکاران (۳۴) و السباق و جانسون<sup>۲</sup> (۳۵) در اشاره به ماهیت اختلال، توجه مشترک

<sup>۱</sup>Mukaddes<sup>۲</sup>Elsabbagh and Johnson<sup>۳</sup>Hwang and Hughes

و رفتارهای درمانگر و عروسک‌های دستی اشاره شده است، این مسئله از طرف یافته‌های کیفی و مشاهدات درمانگران و گزارش مادران نیز تایید می‌گردد. مشاهدات و گزارش‌های متعددی حکایت از آن دارد که کودک در طی جلسات بازی‌درمانی عروسکی به دفعات در واکنش به فعالیت‌های درمانگر و عروسک واکنش هیجانی مثبتی نشان داده و خنده‌ها و لبخندهای هدف‌دار کودک در این جلسات بروز و ظهور فراوانی داشته است.

براساس جدول (۶) مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه در حیطه‌ی واکنش به درخواست رفتاری نشان می‌دهد که بازی‌درمانی عروسکی به گونه‌ی معنی‌داری برای خرده‌مهارت‌های عدم انجام درخواست ( $P=0/134$ ) و عدم انجام درخواست با حالات چهره ( $P=0/054$ ) اثربخش نبوده است، لیکن مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی توانسته است خرده‌مهارت انجام درخواست‌ها را به گونه‌ای معنی‌دار ( $P=0/005$ ) بهبود بخشد.

یافته‌های مزبور نشان می‌دهد بازی‌درمانی عروسکی در کاهش نافرمانی‌ها یا در شکستن مقاومت کودک در مورد عدم انجام درخواست‌ها اثربخش نبوده است، لیکن در ترغیب کودک در خودمانده به انجام درخواست‌های درمانگر موفقیت‌آمیز بوده است. این موضوع با ویژگی‌های کودکان در خودمانده که مقاومت بیش از حد و عدم اجابت درخواست دیگران از نمونه‌های بارز آن است همخوانی دارد و به عنوان یک نتیجه برای برنامه‌های درمانی و تغییر رفتار نیز می‌توان احتمال داد که تمرکز بر ترغیب کودک به انجام درخواست‌ها می‌تواند بر تمرکز بر شکستن مقاومت یا نافرمانی کودک اولویت داشته باشد و اثربخشی برنامه را نیز به احتمال زیاد افزایش دهد.

در مجموع در زمینه‌ی تحلیل و نتیجه‌گیری از یافته‌های مرحله‌ی مداخله و برآورد اثربخشی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی برای مهارت‌های ارتباطی کودک در خودمانده می‌توان گفت به صورت کلی بازی‌درمانی عروسکی در جهت ارتقا و بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده اثربخش بوده است و به صورت جزئی‌تری اراییه‌ی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی، خرده‌مهارت‌های امتناع با ارتباط چشمی، ارتباط چشمی در حیطه‌ی درخواست‌های رفتاری آغازگرانه،

به معنی‌دار بودن اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی در این خرده‌مهارت‌های ارتباطی، به نظر می‌رسد توسعه‌ی فعالیت‌های بازی‌درمانی عروسکی می‌تواند به هدفمند نمودن امتناع‌ورزی در کودک در خودمانده کمک نماید و همچنین از آن جا که امتناع‌ورزی نوعی تعامل آغازگرانه از طرف کودک محسوب می‌شود و می‌توان از آن برای بیرون آمدن کودک از درون خود و سرآغازی برای تعامل بیشتر استفاده کرد، لذا بازی‌درمانی عروسکی می‌تواند از امتناع‌ورزی‌ها به عنوان روزه‌ای برای تعامل و ارتباط بیشتر با کودک بهره‌گیرد.

در حیطه‌ی درخواست‌های رفتاری آغازگرانه مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه بیانگر آن است که اراییه‌ی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی در مورد خرده‌آزمون‌های دستیابی به اشیا ( $P=0/355$ )، درخواست کردن آغازگرانه ( $P=0/214$ )، اشاره کردن ( $P=1/00$ ) و دادن اشیا به دیگران ( $P=0/074$ ) اثربخش نبوده است؛ لیکن در مورد خرده‌مهارت‌های ارتباطی، ارتباط چشمی در حیطه‌ی درخواست رفتاری آغازگرانه ( $P=0/012$ ) و در مورد درخواست‌های آغازگرانه‌ی سطح پایین ( $P=0/12$ ) و در مورد درخواست‌های رفتاری آغازگرانه ( $P=0/011$ ) در اراییه‌ی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی اثربخش بوده و به عبارتی این خرده‌مهارت‌ها را بهبود بخشیده است. عدم اثربخشی مداخله در زمینه‌ی خرده‌مهارت‌های دستیابی، درخواست کردن آغازگرانه، اشاره کردن و دادن اشیا به دیگران را هم می‌توان بر اساس ماهیت دشوار این خرده‌مهارت‌ها تفسیر نمود و هم می‌توان عدم اثربخشی را در نوع تکالیف و فعالیت‌های مداخله‌ای بازی‌درمانی عروسکی جستجو نمود. به عبارتی بیشتر فعالیت‌های مداخله بر ارتباط چشمی و تعامل بین فردی متمرکز بوده است. مقایسه‌ی پس‌آزمون‌های دو گروه در مورد پاسخ دادن به یک تعامل اجتماعی با وجود تفاوت معنی‌دار ( $P=0/015$ ) نشان می‌دهد که بازی‌درمانی عروسکی در ایجاد فرصت برای کودک در خودمانده جهت بروز عمل اجتماعی اثربخش بوده است. از آن جا که در تعریف تعامل اجتماعی در دستورالعمل آزمون ارتباط اجتماعی اولیه به فعالیت‌هایی نظیر لبخند زدن اجتماعی، تکان دادن سر و بروز حالات چهره‌ای کودک در مقابل اعمال

هم‌چنین اگر جذابیت برنامه‌ی درمانی برای کودک و میزان علاقه‌مندی و انتخاب‌گری کودک به ویژه کودک درخودمانده به عنوان یکی از ملاک‌های اثربخشی برنامه‌ی درمانی محسوب گردد، یافته‌های کیفی و گزارش خانواده‌ی کودکان درخودمانده به وضوح نشان می‌دهد که ملاک جذابیت برنامه و گرایش کودک به حضور در اتاق بازی درمانی عروسکی احراز گردیده است. مادران گزارش می‌نمودند که در طول اجرای برنامه و حتی تا چند هفته پس از اتمام برنامه هرگاه کودکان به فضای کلینیک وارد می‌شدند بلافاصله به طرف اتاق بازی درمانی عروسکی رفته و برای بازکردن درب تلاش می‌نمودند و در صورت اطمینان از تعطیل بودن اتاق بازی درمانی عروسکی، حاضر می‌شدند تا به فعالیت‌های اصلی برنامه‌ی خود (گفتاردرمانی، کاردرمانی یا اتاق بازی عمومی) رهسپار شوند.

تحلیل دقیق‌تر این نوع رفتار کودک درخودمانده زمانی صورت می‌گیرد که خصوصیات درخودفرورفتگی و عدم توجه به محرک‌ها و عدم بروز علاقه به فعالیت‌ها که جزو خصیصه‌های اصلی اختلال درخودماندگی است نیز مد نظر قرار گیرد. هم‌چنین حفظ علاقه‌مندی و گرایش کودک درخودمانده به اتاق و فضای بازی درمانی عروسکی پس از گذشت چند هفته می‌تواند به عنوان شاخصی از اثربخشی بازی درمانی عروسکی تعبیر گردد و این همه نشان آن است که کودک درخودمانده برای خود در برنامه‌ی بازی درمانی عروسکی، منافع و امتیازاتی را دیده و یا نسبت به برخی ویژگی‌های بازی درمانی عروسکی تقویت گردیده است که به محض ورود به کلینیک برنامه‌های اصلی را رها کرده و به سراغ اتاق بازی درمانی عروسکی می‌رود.

شایان ذکر است از آن جا که درمان و توانبخشی کودکان درخودمانده اغلب به صورت انفرادی است و فرآیندی دشوار و تدریجی دارد، لذا این پژوهش در انتخاب نمونه محدود به یک جنس و گروه سنی پیش‌دستانی بود. هم‌چنین با توجه به برخی بیماری‌های فصلی و به دلیل مشکلات عدیده‌ی برخی از والدین، تعداد جلسات مداخله برای هر کودک متفاوت با دیگران بود و با وجود ابراز تمایل دایمی والدین، انتظار

درخواست‌های رفتاری سطح پایین یا بدون ارتباط چشمی و در مورد درخواست‌های رفتاری آغازگرانه‌ی کلی و در زمینه‌ی خرده‌مهارت‌های انجام یک عمل اجتماعی و در رفتار انجام درخواست به گونه‌ی معنی‌داری اثربخش بوده است و به صورت کلی ارایه‌ی مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی در حیطه‌ی توجه مشترک آغازگرانه و در مورد خرده‌آزمون‌های امتناع بدون ارتباط چشمی، دستیابی، درخواست کردن، اشاره کردن، دادن اشیا و در مورد خرده‌آزمون‌های عدم انجام درخواست نیز اثربخش نبوده است.

بررسی یافته‌های کیفی اثربخشی درمان می‌تواند به عنوان مکمل و توسعه‌دهنده‌ی یافته‌های کمی مدنظر باشد. استناد به دیدگاه والدین و دریافت‌های آن‌ها نسبت به اثربخشی مداخله یکی از عوامل ارزیابی است که توسط برخی پژوهشگران مطرح گردیده است (۱۲)، به این ترتیب، مشاهدات ثبت شده‌ی درمانگر و کمک‌درمانگران و گزارش‌های والدین از فعالیت‌های خارج از اتاق درمانی و از مشاهدات آن‌ها در هنگام حضور در اتاق بازی درمانی نیز شواهد قابل تاملی برای اثربخشی مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی فراهم آورده است. واکاوی و نتیجه‌گیری از برخی از آن‌ها مفید به نظر می‌رسد. در همین زمینه مشاهدات درمانگران و گزارش‌های مادران می‌رساند در اغلب جلسات و در حین اجرای بسیاری از فعالیت‌های بازی درمانی عروسکی کودکان هیجانات مثبت کم‌نظیری را نشان می‌دادند که ابتدا حتی برای مادران نیز غیرقابل انتظار بود. مسئله‌ی اثربخشی بار هیجانی بازی درمانی عروسکی با یافته‌ها و پژوهش‌هایی که از عروسک‌های دستی برای مشاوره و مداخلات درمانی کودکان عادی دارای مشکلات هیجانی رفتاری استفاده می‌نمودند، نظیر تجارب هنردرمانی برنایر<sup>۱</sup> (۳۶) و فعالیت دپا<sup>۲</sup> کودکان دچار سوءاستفاده‌ی جنسی (۲۴) و با استفاده‌ی اتاناسیادو<sup>۳</sup> و همکاران از عروسک برای تغییر نگرش و هیجان کودکان نسبت به اتاق عمل (۲۵) همخوانی دارد.

<sup>1</sup>Bernier

<sup>2</sup>Depa

<sup>3</sup>Athanassiadou

کودکان استثنایی با تدوین برنامه‌های تربیت بازی‌درمانگر درحیطه‌ی آموزش بازی‌درمانی عروسکی امکان توسعه‌ی این برنامه و زمینه‌ی پژوهش‌های دیگری در این حیطه را فراهم آورد.

مطلوب پژوهشگر محقق نگردید. هم‌چنین با توجه به این که مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی در این پژوهش طراحی و تجربه گردید، لذا پیشنهاد می‌شود مراکز دانشگاهی و آموزشی‌درمانی، سازمان بهزیستی و سازمان آموزش و پرورش



## References

1. Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Res Autism Spectr Disord* 2010; 4(4): 661-9.
2. Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, Doernberg N, Boyle C, Murphy C. Prevalence of autism in a United States metropolitan area. *J Am Med Assoc* 2008; 121(3): 547-54.
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). New data on autism spectrum disorders from multiple communities in the United States. [cited 2008 Sep 8]. Available from: URL; <http://www.cdc.gov/od/oc/media/pressrel/2007/r070208.html>
4. Hassanzadeh S. Letter to the editor: About international day of information about autism. *J Res Excep Children* 2008; 1(27): 1.
5. Prelock PA, Prendeville J, Unwin G. Peer play interventions to support the social competence of children with autism spectrum disorders (ASD). *Semin Speech Lang* 2006; 27(1): 32-46.
6. Landa R. Early communication development and intervention for children with autism. *Mental Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13: 16-25.
7. Callahan K, Henson R. Social validation of evidence-based practices in autism by parents, teachers, and administrators. *J Autism Dev Disord* 2008; 38: 678-92.
8. Matson JL. *Clinical assessment intervention for autism*. Philadelphia: Elsevier; 2008: 15.
9. Nikopoulos CK, Keenan M. Effects of video modeling on training and generalization of social initiation and reciprocal play by children with autism. *Eur J Behav Anal* 2004; 5: 1.

10. Kissinger L, David W. Using the harp as a communication channel with children with autism. *Int J Spec Educ* 2008; 23(3): 156-9.
11. Billard A, Robins B, Nadel J, Dautenhahn K. Building robota, a mini-humanoid robot for the rehabilitation of children with autism. *Tech J* 2007; 19(1): 37-49.
12. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *J Autism Dev Res* 2008; 38: 1278-91.
13. Luiselli K, Russo DC, Walter P, Wilczynski C, Wilczynski SM. Effective practices for children with autism-educational and behavioral support interventions that work. Oxford: Oxford University; 2008: page?
14. Lu L, Petersen F, Lacroix L, Rousseau C. Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *Arts Psychother* 2010; 37: 56-64.
15. Gray DE. Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Intellect Dev Disabil* 2002; 27(3): 215-22.
16. Ingersoll B, Schreibman L. Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention. *J Autism Dev Disord* 2006;36: 487-505.
17. Siller M, Sigman MD. The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *J Autism Dev Disord* 2002; 32: 77-89.
18. Goldstein H. Communication intervention for children with autism. A review of treatment efficacy. *J Autism Dev Disord* 2002; 32(5): 373-96.
19. Josefi O, Ryan Y. Non-directive play therapy for young children with autism: A case study. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2004; 9: 533-51.
20. Autism Society of Canada. What is autism spectrum disorder? Brochure. [cited 2006 Mar 18]. Available from: URL; <http://www.autismsocietycanada.ca/>
21. Schrandt J, Buffington A, Townsnd D, Poulson CL. Teaching empathy skills to children with autism. *J Appl Behav Anal* 2009; 42: 17-32.
22. Welch J. The playful healer. The newsletter of the Florida Association for Play Therapy. 2004, V10, N4. [cited 2004]. Available from: URL; <http://www.floridaPlaytherapy.org>
23. McLeod J. Qualitative research in 56ounseling and psychotherapy. London: Sage; 2001: 102.
24. Depa M, Atramovich R. Using puppets in a variety of therapeutic interventions to help children who have been harmed by sexual abuse: Strategies for play therapists. *Play Therapy TM*. [cited 2008]. Available from: URL; <http://www.a4pt.org>
25. Athanassiadou E, Tsiantis J, Christogiorgos S, Kolaitis G. Evaluation of the effectiveness of psychological preparation of children for minor surgery by puppet play and brief mother counseling. *Psychother Psychosom* 2009; 78(1): 62-3.
26. Roth JH, Dadds MR, McAloon J. Evaluation of a puppet interview to measure young children's self-reports of temperamt. *Behav Change* 2005; 21(1): 37-56.
27. National Research Council. Educating children with autism. Washington. DC: National Academy; 2001: 41
28. Stringer ET. Action research: A handbook for practitioners. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007: 25.
29. Kelly A, Richard L, Beak J. Handbook of design research methods in education. London: Routledge 2008: 518.
30. Mundy P, Delgado C, Block J, Venezia M, Hogan A, Seibert J. A manual for the abridged early social communication scales (ESCS). Available through the University of Miami, Psychology department, Coral Gables, Florida. Available from: URL; <http://www.pmundy@miami.edu>
31. Strid K. Memory, attention and interaction in early development: Exploring individual differences among typical children and children with autism. Sweden: Göteborg University, Department of psychology; 2007: 34

32. Laing E, Laing E, Longhi A. Atypical development of language and social communication in toddlers with Williams syndrome. *Deve Sci* 2002; 5(2): 233-46.
33. Dawson G, Meltzoff AN, Osterling J, Rinaldi J, Brown E. Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli. *J Autism Dev Disord* 1998; 28(6): 479-85.
34. Mukaddes NM, Kilincaslan A, Kucucyazici G, Sevketoglu T, Truncer S. Autism in visually impaired individuals. *Psychiatr Clin Neurosci* 2007; 61: 39-44.
35. Elsabbagh M, Johnson MH. Infancy and autism progress, prospects, and challenges. *Progress Brain Research* 2008; 164: 355-83.
36. Bernier MG. Puppetry as an art therapy technique with emotionally disturbed children. MS. Dissertation. *Creative arts in therapy*. [cited 1983]. Available from: URL; [http://www.takey.com/Thesis\\_7.pdf](http://www.takey.com/Thesis_7.pdf)

